

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE VALENCIA
"San Vicente Mártir"

RECAÍDA EN EL HÁBITO TABÁQUICO EN EL PERIODO POSTPARTO

**TRABAJO FIN DE GRADO PARA OPTAR AL TÍTULO DE
"GRADO EN ENFERMERÍA"**

Presentado por:

D^a. Carmen García Iranzo

Tutor/a:

D. Cesar Andrés Mateu Hernández

Valencia, a 6 de mayo de 2019

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar me gustaría dar las gracias a mi tutor de TFG; Cesar, por guiarme en esta nueva experiencia, ya que desde el primer momento me ayudó a la hora de concretar el tema a investigar. Además, me ha ayudado en todo momento a resolver de forma fácil y sencilla, cualquier tipo de duda que iba surgiendo durante la elaboración de mi TFG. Gracias a esto, he podido realizar mi trabajo de una manera cómoda y me ha permitido disfrutar de la experiencia.

También, quiero agradecer a mi familia; especialmente a mis padres y a mi novio, todo el apoyo brindado no solo durante estos meses, si no durante toda la carrera, ya que sus apoyos son los que me han dado fuerza para superarme y esforzarme, y así poder llegar a conseguir mi objetivo; ser enfermera.

Por último, me queda dar las gracias a todos los profesores que durante estos 4 años me han impartido alguna asignatura, ya que todos ellos han conseguido ampliar mi conocimiento sobre la labor enfermera y me han aportado la seguridad y la profesionalidad que necesito para iniciarme en el mundo laboral.

RESUMEN

Introducción: Son muchas las personas que consumen tabaco actualmente. Sin embargo, la mayoría de mujeres fumadoras que se quedan embarazadas son conscientes de los riesgos que conlleva esta práctica para el hijo que llevan dentro y esto les sirve como motivador para abandonar el hábito tabáquico. Por desgracia, una vez que se encuentran en el periodo postparto se producen numerosos cambios anatómicos, funcionales y emocionales lo que hace que la madre vea al tabaco como una buena alternativa a través de la cual poder afrontar la nueva situación a la que tiene que hacer frente.

Método: Consiste en una revisión sistemática narrativa que se ha llevado a cabo a través de la selección de artículos científicos publicados en los últimos 5 años en las bases de datos Pubmed y Medline.

Resultados/discusión: Se analizan 25 artículos, con lo que se consigue determinar cuáles son los principales factores de riesgo que precipitan la recaída al hábito tabáquico tras el parto y también se consigue identificar las principales intervenciones que deben llevarse a cabo para evitar la recaída durante este periodo.

Conclusiones: Tener un nivel socioeconómico y cultural bajo, el estrés y la depresión, convivir con una pareja fumadora, la fluctuación hormonal, consumir otras drogas, ser soltera, joven o multípara, se consideran factores precipitantes para reanudar el hábito tabáquico en el puerperio. Así mismo, las intervenciones cognitivo-conductuales, las motivacionales, las incentivadas, los folletos de autoayuda, la lactancia materna, la implicación de la pareja, los fármacos y el tratamiento hormonal son herramientas potentes a la hora de evitar la recaída al tabaco en el postparto.

Palabras clave: tobacco, postpartum period, recurrence, smoking cessation, pregnancy

ABSTRACT

Introduction: Nowadays, many people use tobacco. The awareness of the risks that this practice entails for the child in smoking woman who get pregnant serves as an incentive to stop smoking. Unfortunately in the postpartum period, numerous anatomical, functional and emotional changes occur which cause the mother to see tobacco as a good alternative to face her new situation.

Method: It consists of a systematic narrative review that has been carried out by means of the selection of scientific articles published in the last 5 years in Pubmed and Medline databases.

Results/discussion: 25 articles are analyzed, leading to the identification of the main risk factors that provoke relapse into smoking after childbirth and the main interventions that need to be carried out to prevent the recurrence of smoking during this period.

Conclusion: Low socioeconomic and cultural status, stress and depression, living with a smoking partner, hormonal fluctuation, using other drugs, being single, young or multifaceted, are considered precipitating factors to recommence the smoking habit in the postpartum period. Nevertheless, cognitive-behavioral interventions, motivational interventions, incentives, self-help brochures, breastfeeding, partner involvement, drugs and hormone treatment are powerful tools in preventing relapse into tobacco in postpartum.

Key words: tobacco, postpartum period, recurrence, smoking cessation, pregnancy

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	- 1 -
2. OBJETIVOS	- 5 -
3. MÉTODO	- 6 -
3.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN/EXCLUSIÓN	- 6 -
3.2. TIPO DE ESTUDIO	- 6 -
3.3. BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA	- 6 -
3.4. DESCRIPTORES DE CIENCIAS DE LA SALUD	- 7 -
3.5. BASES DE DATOS BIBLIOGRÁFICAS	- 8 -
3.6. PROCESO DE SELECCIÓN DE LA MUESTRA	- 9 -
4. DISCUSIÓN	- 13 -
5. CONCLUSIÓN	- 24 -
6. BIBLIOGRAFÍA	- 25 -
7. ANEXOS	- 30 -
7.1. ANEXO 1	- 30 -

ÍNDICE DE FIGURAS Y TABLAS

FIGURAS

FIGURA 1: Diagrama de flujo representativo de los operadores booleanos utilizados para concretar la búsqueda	- 7 -
FIGURA 2: Diagrama de flujo representativa de la búsqueda realizada en Pubmed. -	10 -
FIGURA 3: Diagrama de flujo representativa de la búsqueda realizada en Medline. -	11 -
FIGURA 4: Diagrama de flujo representativa de la búsqueda realizada en Pudmed y Medline	- 12 -

TABLAS

TABLA 1: Criterio de búsqueda Pubmed	- 8 -
TABLA 2: Criterio de búsqueda Medline.....	- 9 -
TABLA 3: Información adicional sobre los 25 artículos seleccionados para el desarrollo de la discusión	- 30-

ACRÓNIMOS

DeCs: Descriptores de Ciencias de la Salud

SNC: Sistema nervioso central

TUS: Trastorno por uso de sustancias

TRN: Terapia de reemplazo de nicotina

DPP: Depresión postparto

1. INTRODUCCIÓN

Fumar tabaco es la principal causa de muerte y discapacidad prevenible en todo el mundo (East et al., 2018). Al igual que otras drogas, es una adicción que provoca múltiples consecuencias negativas en el organismo, sin embargo, la conciencia sobre los efectos negativos que supone este hábito, no resulta tan negativa como la que se tiene con respecto a otras drogas (Camacho, Gaviria y Rodríguez, 2010). Es la adicción más extendida por todo el mundo, llegando a afectar a 1,2 billones de personas. Además, es responsable de 5 millones de muertes por año, siendo un problema de gran magnitud, que en muchos casos se llega a normalizar e incluso en algunas ocasiones puede considerarse como una práctica bien vista (Hatsukami, Stead y Gupta, 2008). La nicotina que contiene el tabaco está reconocida como una de las sustancias más adictivas que existen; de ahí las altas cifras (East et al., 2018), (Camacho et al., 2010).

Actualmente son muchas las mujeres fumadoras que al enterarse de su embarazo dejan de fumar de manera espontánea o con ayuda. A través de estudios recientes se ha podido comprobar que la prevalencia del hábito tabáquico en mujeres de edad fértil ha disminuido, lo que inevitablemente ha conducido a la reducción del consumo de tabaco durante el embarazo. Sin embargo, el porcentaje de mujeres que continúa fumando durante este periodo todavía es alto, ya que como se ha comentado la normalización de este hábito y la baja conciencia de sus efectos negativos provoca la continuidad de esta práctica. Entre el 70 y el 80% de mujeres fumadoras abandona este hábito en algún momento al enterarse de su embarazo; mientras que un 20% continúan fumando durante todo el embarazo (Fang et al., 2004). También se debe resaltar que el embarazo es un momento crítico donde las mujeres están más motivadas para dejar de fumar y además la probabilidad de abstenerse son mayores que en otros periodos de su vida (Brandon et al., 2012), (Allen, Allen A., Lunos y Tosun, 2016). Esto se debe a que durante el embarazo las mujeres desarrollan comportamientos y sentimientos hacia su bebé que les hace dejar de fumar de manera altruista, y anteponen la salud, el bienestar y el correcto desarrollo de su bebé a sus ganas de fumar. A esto es lo que se conoce como apego materno-fetal; proteger y satisfacer las necesidades del feto (Massey et al., 2015).

La mayoría de mujeres que pueden dejar de fumar solas durante el embarazo, tienden a hacerlo antes de su primera visita prenatal, pero por desgracia la falta de intervenciones específicas dirigidas a aquellas a las que no han podido dejar de fumar por si solas antes de esa primera visita, aumenta la probabilidad de que continúen fumando durante todo el embarazo (Ioakeimidis, Vlachopoulos, Katsi y Tousoulis, 2018). Por esta razón, es muy recomendable que a las mujeres fumadoras que no abandonen este hábito durante la gestación, se les comunique lo más precozmente posible las graves consecuencias que conlleva esta práctica para su hijo (Von Kohorn, Nguyen, Schulman-Green y Colson, 2012).

Fumar durante el embarazo supone el 20% de los partos de bebés con bajo peso al nacer, el 8% de los nacimientos prematuros y el 5% de todas las muertes perinatales. Además fumar durante el embarazo favorece al síndrome de muerte súbita del lactante y puede llegar a producir cambios en el desarrollo del cerebro y del sistema nervioso (Fang et al., 2004). Otros problemas que se asocian a la exposición de los niños al tabaco durante la infancia serían, la disminución del crecimiento pulmonar, el aumento de las tasas de infecciones del tracto respiratorio, otitis media, asma infantil, problemas de la conducta y aumento de las tasas de tabaquismo en adolescentes. La exposición temprana al humo del tabaco responsable de aproximadamente 6000 muertes anuales en niños menores de 5 años (Brandon et al., 2012).

Cabe destacar, que la información existente sobre las consecuencias negativas de reiniciar el hábito tabáquico tras el parto, es mucho menor que la que existe sobre las consecuencias que supone fumar durante el embarazo. Autores como Von Kohorn et al., 2012 afirman que el esfuerzo real de dejar de fumar empieza tras el parto, una vez que han dado a luz, ya que en general, cuando a las madres se les pregunta sobre su intención de volver a fumar en el postparto inmediato probablemente confirmen que su intención es continuar abstinentes, pero su respuesta se encuentra condicionada por el momento que están viviendo. Sin embargo, aún no han comenzado con el trabajo real que conlleva volver a comprometerse para dejar de fumar una vez nazca el bebé.

El puerperio es uno de los periodos más críticos donde existe un mayor riesgo de recaída al tabaquismo ya que las mujeres experimentan una serie de cambios anatómicos, funcionales y emocionales que puede aumentar la vulnerabilidad de padecer un mayor grado de ansiedad y de estrés (DiSantis, Collins y McCoy, 2010).

De hecho, se ha estimado que casi la mitad de las mujeres que dejaron de fumar durante el embarazo reanudaron el hábito de fumar dentro de los 6 meses posteriores al parto, mientras que la cifra de recaída ascendió hasta un 80% un año después de dar a luz (Correa, Simmons, Sutton, Meltzer y Brandon, 2015).

La nicotina que contiene el tabaco es una alternativa fácil y accesible, a la que acuden muchas mujeres durante esta etapa para contrarrestar los molestos síntomas experimentados (Camacho et al., 2010). Esto, sumado a la falta de conciencia que existe en la sociedad, provoca que las tasas de cesación hoy en día, continúen siendo elevadas (Camacho et al., 2010).

Por todo lo anterior, es importante que esta revisión pueda llegar a servir como un punto de partida para estudios posteriores que también valoren la necesidad de determinar cuáles son los factores precipitantes más significativos y comunes que provocan la recaída tras el parto. De la misma manera, pretende clarificar y ampliar la información que existe sobre que intervenciones presentan mayor eficacia para evitar la recaída en mujeres exfumadoras en el postparto. Para llevar a cabo estudios posteriores, hay que tener en cuenta que resulta de vital importancia detectar tempranamente la adicción al tabaco durante el embarazo, ya que es un factor de elevada importancia para el abandono de la adicción al tabaco durante todo el embarazo y también durante el puerperio. Además, llevar un seguimiento periódico sobre el mantenimiento de la abstinencia puede reforzar la anterior intervención (DiSantis et al., 2010). Es conveniente destacar la importancia de llevar a cabo otras acciones complementarias que ayuden a disminuir el porcentaje de madres que continúan fumando durante todo el embarazo o que no pueden mantener la abstinencia conseguida durante la gestación en el puerperio (Brandon et al., 2012). La mayoría de mujeres no tienen la intención de reanudar el hábito tabáquico tras el parto, pero en general sí que existe una mayor preocupación por parte de estas madres sobre poder mantener la abstinencia (Von Kohorn, Nguyen, Schulman-Green y Colson, 2012).

Estudiar los comportamientos y los sentimientos aparecidos durante el embarazo y postparto más de cerca, puede ayudar a estudios posteriores a desarrollar nuevas intervenciones más específicas y personalizadas que se adapten a la situación de cada mujer y que permitan de manera más eficaz y sencilla el mantenimiento de la abstinencia durante todo este periodo de tiempo, con el objetivo de alargar al máximo

ese comportamiento para que acabe convirtiéndose definitivo y poder lograr el cese permanente del consumo de tabaco.

2. OBJETIVOS

- GENERALES:

- Determinar los principales factores precipitantes que favorecen a la recaída en el en el hábito tabáquico en el periodo postparto.
- Analizar que intervenciones resultan ser efectivas a la hora de reducir el número de mujeres que retoman el hábito tabáquico tras el parto.

- ESPECÍFICOS:

- Conocer las investigaciones que se han llevado a cabo en los últimos 5 años.
- Fomentar el interés y la investigación sobre nuevas intervenciones que sean útiles para las mujeres en el postparto.
- Servir de ayudar para mujeres embarazadas que deseen abandonar el hábito tabáquico.

3. MÉTODO

3.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN/EXCLUSIÓN

En esta revisión se consideraron una serie de criterios de inclusión y exclusión a través de los cuales se concretaron los artículos susceptibles de ser revisados.

- CRITERIOS DE INCLUSIÓN:
 - Artículos con una fecha de publicación entre 2014 hasta 2019.
 - Estudios llevados a cabo con humanos.
 - Artículos en inglés o español.

- CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:
 - Artículos con una fecha de publicación anterior a 2014.
 - Estudios centrados en animales.
 - Artículos en los cuales no se trataba el tema del tabaco y del embarazo o puerperio conjuntamente.

3.2. TIPO DE ESTUDIO

Este estudio se basa en la realización de una revisión bibliográfica narrativa, que se ha llevado a cabo a través de la obtención de información de artículos científicos relacionados con el tema a tratar.

3.3. BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Para llevar a cabo este trabajo, se realizó una búsqueda en las bases de datos científicas PUBMED y MEDLINE desde 2014 hasta 2019.

3.4. DESCRIPTORES DE CIENCIAS DE LA SALUD

Después de realizar el apartado de la introducción, se llevó a cabo una búsqueda exhaustiva para la identificación de estudios a través de los cuales se hubiese investigado sobre los factores que predisponen a la recaída al tabaco tras el parto. La búsqueda también se centró en seleccionar aquellos artículos en los que se hubiesen llevado a cabo intervenciones eficaces para el abandono del tabaco tras el parto.

Para llevar a cabo esta investigación, se utilizaron descriptores de Ciencias de la Salud (DeCs). Los descriptores seleccionados se combinaron entre ellos con los operadores booleanos OR (O) y AND (Y) de esta manera:

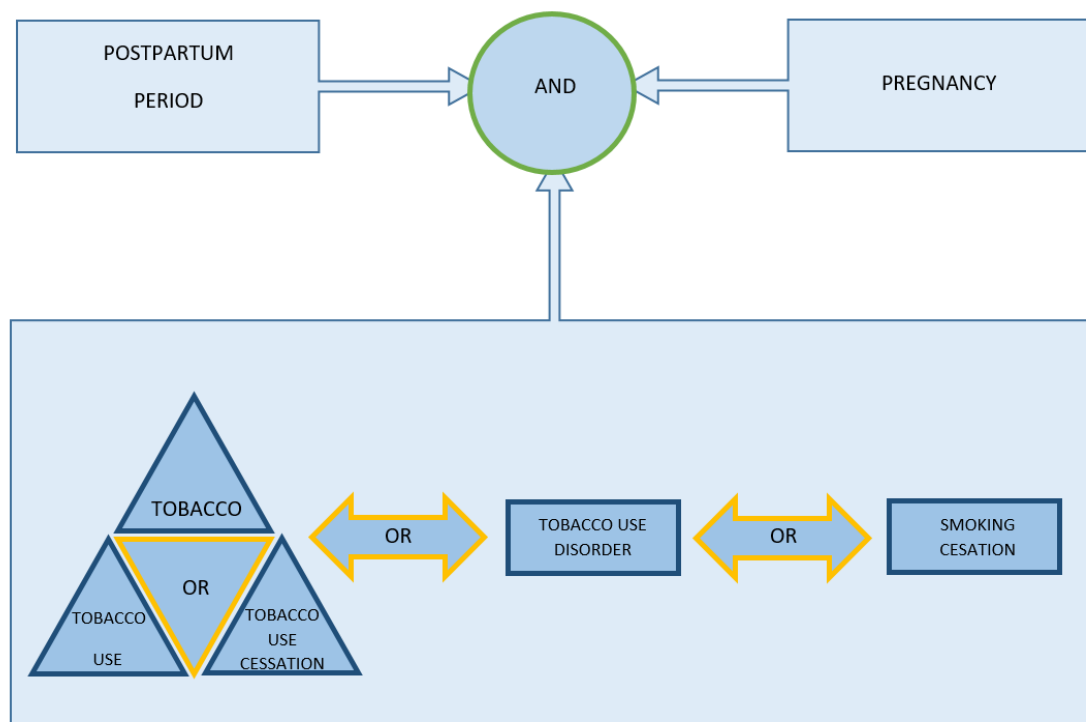


Figura 1: Diagrama de flujo representativo de los operadores booleanos utilizados para concretar la búsqueda

3.5. BASES DE DATOS BIBLIOGRÁFICAS

La estrategia de búsqueda llevada a cabo en la base de datos Pubmed, se realizó de la siguiente manera:

Tabla 1

Criterio de búsqueda Pubmed

Search (((("Tobacco"[Mesh] OR "Tobacco Use"[Mesh] OR "Tobacco Use Cessation"[Mesh]) OR "Tobacco Use Disorder"[Mesh]) OR "Smoking Cessation"[Mesh]) OR "Recurrence"[Mesh]) AND "Postpartum Period"[Mesh]) AND "Pregnancy"[Mesh] Filters: published in the last 5 years; Humans	98
Search (((("Tobacco"[Mesh] OR "Tobacco Use"[Mesh] OR "Tobacco Use Cessation"[Mesh]) OR "Tobacco Use Disorder"[Mesh]) OR "Smoking Cessation"[Mesh]) OR "Recurrence"[Mesh]) AND "Postpartum Period"[Mesh]) AND "Pregnancy"[Mesh] Filters: published in the last 5 years	101
Search (((("Tobacco"[Mesh] OR "Tobacco Use"[Mesh] OR "Tobacco Use Cessation"[Mesh]) OR "Tobacco Use Disorder"[Mesh]) OR "Smoking Cessation"[Mesh]) OR "Recurrence"[Mesh]) AND "Postpartum Period"[Mesh]) AND "Pregnancy"[Mesh]	328
Search (((((((("Tobacco"[Mesh] OR "Tobacco Use"[Mesh] OR "Tobacco Use Cessation"[Mesh]) OR "Tobacco Use Disorder"[Mesh]) OR ("Smoking Cessation"[Mesh] OR "Smoking Cessation Agents"[Mesh])) OR "Recurrence"[Mesh]) AND "Precipitating Factors"[Mesh]) OR "Protective Factors"[Mesh]) AND "Postpartum Period"[Mesh]) OR "Pregnancy"[Mesh]	855052
Search (((((((("Tobacco"[Mesh] OR "Tobacco Use"[Mesh] OR "Tobacco Use Cessation"[Mesh]) OR "Tobacco Use Disorder"[Mesh]) OR ("Smoking Cessation"[Mesh] OR "Smoking Cessation Agents"[Mesh])) OR "Recurrence"[Mesh]) AND "Precipitating Factors"[Mesh]) OR "Protective Factors"[Mesh]) AND "Postpartum Period"[Mesh]	15
Search (((((((("Tabaco" [Malla] O "Consumo de tabaco" [Malla] O "Cese del consumo de tabaco" [Malla] O "Trastorno del consumo de tabaco" [Malla] O ("Cese de fumar" [Malla] O "Agentes para dejar de fumar "[Malla])) O" Recurrencia "[Malla])) Y (((Embarazo "[Malla] O" Período posparto "[Malla] Y" últimos 5 años "[PDat] Y humanos [Malla]) Schema: all Filters: published in the last 5 years; Humans	0
Search ("Pregnancy"[Mesh]) OR "Postpartum Period"[Mesh] Filters: published in the last 5 years; Humans	91701
Search (((((((("Tobacco"[Mesh] OR "Tobacco Use"[Mesh] OR "Tobacco Use Cessation"[Mesh]) OR "Tobacco Use Disorder"[Mesh]) OR ("Smoking Cessation"[Mesh] OR "Smoking Cessation Agents"[Mesh])) OR "Recurrence"[Mesh]) AND "Pregnancy"[Mesh]) OR "Postpartum Period"[Mesh] Filters: published in the last 5 years; Humans	5989
Search (((("Tobacco"[Mesh] OR "Tobacco Use"[Mesh] OR "Tobacco Use Cessation"[Mesh]) OR "Tobacco Use Disorder"[Mesh]) OR ("Smoking Cessation"[Mesh] OR "Smoking Cessation Agents"[Mesh])) OR "Recurrence"[Mesh]	237224

La estrategia de búsqueda llevada a cabo en la base de datos Medline, se realizó de la siguiente manera:

Tabla 2

Criterio de búsqueda Medline

<input type="checkbox"/>	S7	 tobacco OR tobacco use OR tobacco use cessation OR tobacco use disorder OR smoking cessation OR recurrence AND postpartum period AND pregnancy	Limiters - Date of Publication: 20140101-20191231 Narrow by Language: - spanish Narrow by Language: - english Search modes - Boolean/Phrase	 View Results (125) 
<input type="checkbox"/>	S6	 tobacco OR tobacco use OR tobacco use cessation OR tobacco use disorder OR smoking cessation OR recurrence AND postpartum period AND pregnancy	Narrow by Language: - spanish Narrow by Language: - english Search modes - Boolean/Phrase	 View Results (182) 
<input type="checkbox"/>	S5	 tobacco OR tobacco use OR tobacco use cessation OR tobacco use disorder OR smoking cessation OR recurrence AND postpartum period AND pregnancy	Narrow by Language: - english Search modes - Boolean/Phrase	 View Results (131,863)
<input type="checkbox"/>	S4	 tobacco OR tobacco use OR tobacco use cessation OR tobacco use disorder OR smoking cessation OR recurrence AND postpartum period AND pregnancy	Search modes - Boolean/Phrase	 View Results (143,503)
<input type="checkbox"/>	S3	 tobacco OR tobacco use OR tobacco use cessation OR tobacco use disorder OR smoking cessation OR recurrence AND postpartum period	Search modes - Boolean/Phrase	 View Results (143,559)
<input type="checkbox"/>	S2	 tobacco OR tobacco use OR tobacco use cessation OR tobacco use disorder OR smoking cessation OR recurrence	Search modes - Boolean/Phrase	 View Results (610,466)
<input type="checkbox"/>	S1	 tobacco OR tobacco use OR tobacco use cessation OR tobacco use disorder	Search modes - Boolean/Phrase	 View Results (122,146)

3.6. PROCESO DE SELECCIÓN DE LA MUESTRA

A continuación se muestra como se llevó a cabo el proceso de selección de la muestra a través de los dos buscadores utilizados. En el primer diagrama se muestra como se realizó a través de Pubmed; en el segundo como se llevó a cabo a través de Medline y en el tercer diagrama se puede observar cómo quedaría la búsqueda al sumar todos los artículos obtenidos en ambos buscadores.

En el último diagrama se puede apreciar que los artículos obtenidos suman un total de 26, sin embargo se encontró un artículo repetido en ambos buscadores, por lo que la muestra final fue de 25 artículos.

Una vez escogida la muestra se llevó a cabo una tabla donde se muestran los siguientes datos: autores ordenados por orden alfabético, año de publicación, título de cada artículo, la revista en la que se publicaron y el factor de impacto de cada revista (Tabla 3).

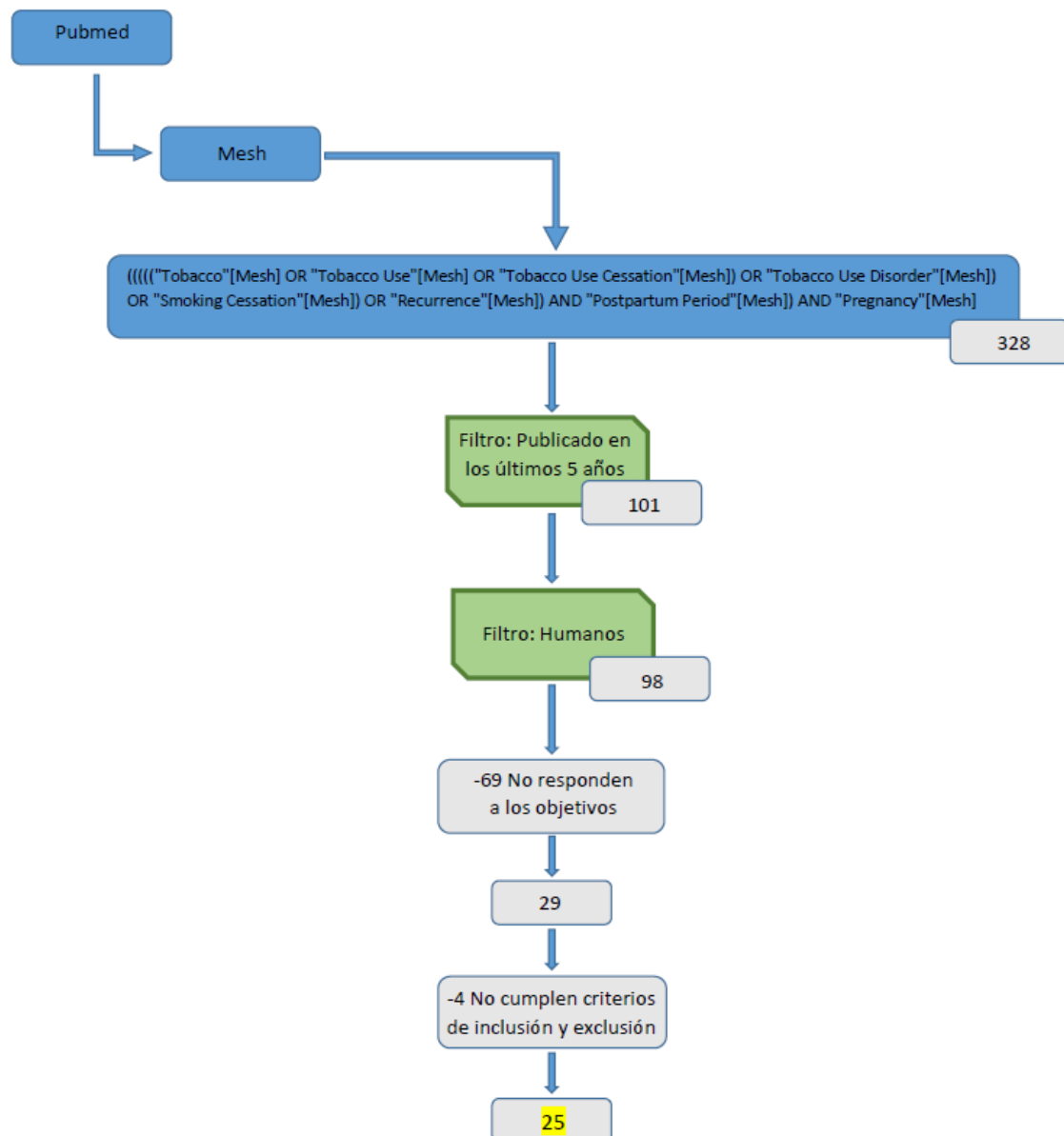


Figura 2: Diagrama de flujo representativa de la búsqueda realizada en Pubmed

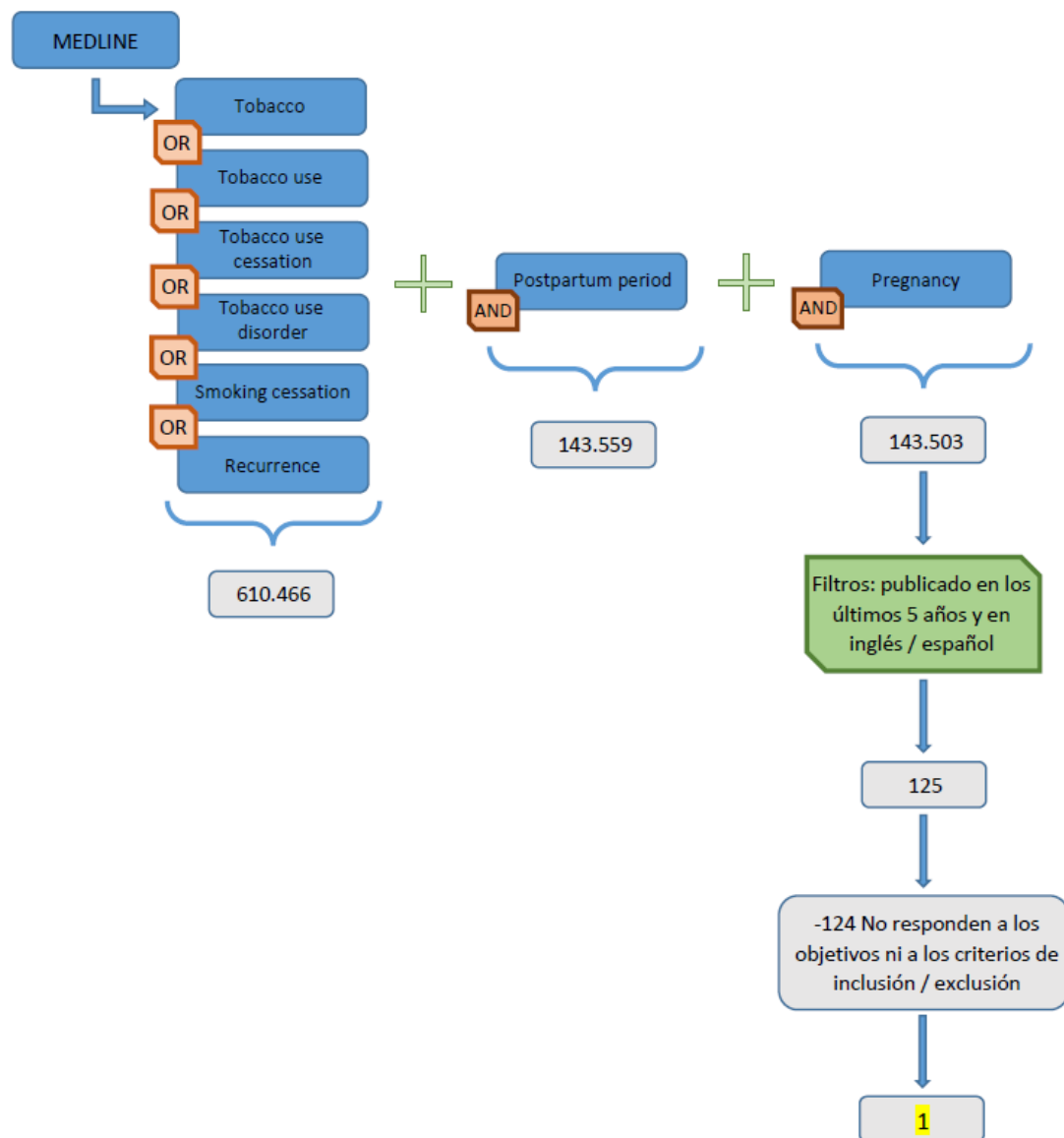


Figura 3: Diagrama de flujo representativa de la búsqueda realizada en Medline

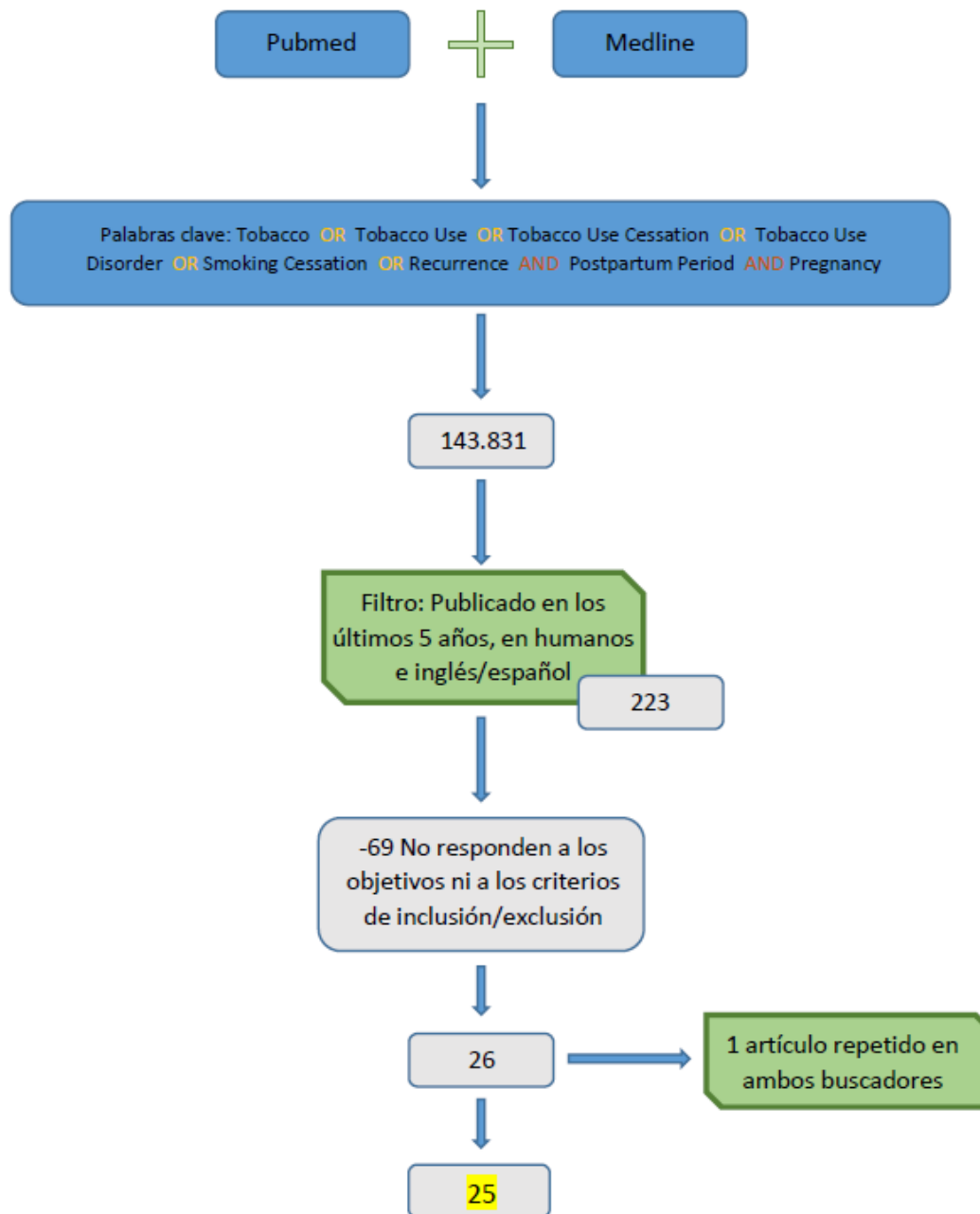


Figura 4: Diagrama de flujo representativa de la búsqueda realizada en Pudmed y Medline

4. DISCUSIÓN

Contrastando la información actual a través de múltiples artículos científicos de diversos autores, se han podido determinar cuáles son los factores que provocan que las mujeres recaigan con una mayor facilidad al hábito tabáquico tras el parto, después de haber logrado un periodo de abstinencia durante el embarazo. Además, también se ha estudiado el conocimiento existente sobre que intervenciones resultan ser más óptimas y efectivas a la hora de evitar esta recaída durante el periodo después del parto. Todos estos datos podrían ser de gran importancia a la hora de ayudar a mujeres embarazadas fumadoras que una vez que dan a luz, se encuentran con grandes cambios a nivel físico, emocional y social. En muchos casos no saben cómo abordar esta nueva situación a la que se enfrentan y, por tanto, recaen en el hábito tabáquico por ser la alternativa más fácil y accesible.

A la hora de estructurar el conocimiento que aporta la literatura científica revisada es importante abordar, en primer lugar, cuales son los factores que suponen un mayor riesgo a la hora de abandonar el tabaco durante el embarazo y conseguir la abstinencia tras el parto, y en segundo lugar, las intervenciones que han demostrado una mayor eficacia en el tratamiento de adicción al tabaco.

Entre los factores de riesgo identificados, el nivel socioeconómico y un nivel cultural bajo, van a desempeñar un papel importante a la hora de continuar con el tabaquismo durante el embarazo y postparto (Lee et al., 2015). Se ha comprobado que las mujeres que tienen un nivel cultural menor, presentan una mayor dependencia al tabaco, por lo que fuman un mayor número de cigarrillos diarios (Su y Buttenheim, 2014). Esto se debe a que en general esta población suele tener una menor percepción del riesgo sobre las consecuencias derivadas de mantener el consumo de tabaco durante el embarazo para el feto, y tras el parto, para el bebé (Rockhill, Tong, England y D'angelo, 2016). Por otro lado, mujeres con un nivel socioeconómico bajo, tienen el doble de posibilidades de continuar fumando durante todo el periodo del embarazo. Si, por el contrario, han logrado mantener la abstinencia durante la gestación, también

presentan un mayor riesgo de recaída en los 4 meses posteriores al parto (Lee et al., 2015).

Otro de los factores de riesgo identificado que favorece la recaída tras dar a luz es el estrés. En esta nueva etapa las mujeres experimentan una gran cantidad de cambios, como cuidar a un nuevo bebé y adaptarse a una situación novedosa, como es la crianza. Durante este periodo, madres que habían dejado de fumar en el embarazo, pueden ver el tabaco como un alivio para calmar el estrés percibido ante esta nueva situación (Orton, Coleman, Lewis, Cooper y Jones, 2016). Además del estrés, los síntomas depresivos suelen ser frecuentes durante el periodo postparto. La prevalencia mundial de depresión postparto (DPP) fluctúa entre 10% y 20% (Mendoza y Saldivia, 2015), mientras que las tasas de DPP en madres españolas se sitúa en torno al 10,15% (Terrén et al., 2003). Se ha podido comprobar que las mujeres que continuaron fumando durante el embarazo, presentaban cifras más elevadas de síntomas depresivos. Fumar y estar embarazada son factores de riesgo para desencadenar trastornos del ánimo (Forray, Gotman, Kershaw y Yonkers, 2014).

Por otro lado, suele ser habitual que las mujeres expresen menor motivación a la hora de dejar de fumar cuando carecen de personas que les animen y les inciten al abandono de este hábito. Tener una pareja fumadora, en muchos casos dificulta la ardua tarea de mantener la abstinencia durante el embarazo y sobre todo durante el postparto (Mumford y Liu, 2015) (Fitzpatrick, Gray y Quigley, 2016). Ésto, sumado a rodearse de un ambiente fumador hace que la mujer exfumadora esté en continuo contacto con el tabaco, con niveles de craving elevados, que conducen finalmente a la recaída (Orton et al., 2016).

También se ha podido comprobar que las hormonas durante este periodo juegan un papel fundamental, en concreto los niveles de progesterona, ya que la concentración de esta hormona es especialmente alta en el tercer trimestre del embarazo, llegando a cifras casi 150 veces más altas que durante la fase lútea del ciclo menstrual. La progesterona, participa en muchas actividades del SNC, entre ellas influir en la función cognitiva y el estrés. Este aumento de la progesterona provoca que durante el último trimestre de embarazo la percepción de estrés sea menor, disminuyendo la necesidad de consumo del tabaco. Por tanto, no es de extrañar que sea durante este periodo cuando

más madres dejan de fumar. Sin embargo, los niveles de progesterona tras el parto caen bruscamente llegando a niveles casi perimenopáusicos. Esta caída hormonal hace aumentar la percepción de estrés que las mujeres, ya de por sí, experimentan, haciéndolas más propensas a reanudar los niveles de tabaquismo preconcepcionales (forray et al., 2017).

Otro factor muy importante que predice la dependencia al tabaquismo es padecer un trastorno por uso de sustancias (TUS) (Forray et al., 2014). La dependencia al tabaco en mujeres con este trastorno es cuatro veces mayor que en las mujeres que no tienen TUS (Acquavita, Talks y Fiser, 2017). Las mujeres que lo padecen presentan una mayor dificultad a la hora de abandonar el tabaco en el embarazo y en el postparto (Forray et al., 2014).

Por otro lado, autores como Mumford et al., 2015, informan que las madres más jóvenes tienen una mayor probabilidad de fumar antes del embarazo y volver a niveles preconcepcionales tras el parto. También ser soltera (Fitzpatrick et al., 2016) y tener más de un hijo (Cooper et al., 2017) aumenta las posibilidades de reanudar el consumo tabaco. Además, el hecho de ser soltera, hace que las mujeres no dispongan del apoyo que les puede brindar una pareja no fumadora a la hora de abandonar el tabaco. Si por el contrario, la pareja fuese fumadora, las probabilidades de recaída serían mayores (Fitzpatrick et al., 2016). Más adelante se detalla que intervenciones se pueden llevar a cabo para que la pareja se convierta en un elemento motivador y de apoyo que ayude a su compañera al abandono de este hábito.

Respecto a las mujeres fumadoras que tienen más de un hijo, cabe destacar que si éstas han fumado durante embarazos y postpartos previos y sus hijos no han presentado ninguna complicación, sus percepciones sobre los riesgos que conlleva exponer al feto o al niño al tabaco van a ser menores (Cooper et al., 2017).

Una vez comentados todos los factores de riesgo que favorecen la continuidad del hábito tabáquico durante el embarazo y el periodo postparto, es necesario abordar las estrategias que pueden ser eficaces para el abandono del tabaco, no solo durante el embarazo si no también durante el postparto.

En primer lugar, se ha podido comprobar a través de diversos estudios que la lactancia materna es una de las recomendaciones más eficaces para prolongar al máximo la abstinencia al tabaco durante el postparto, ya que las madres que no amamantaron a sus hijos recayeron con una mayor frecuencia durante los 6 meses tras el parto (Logan, Rothenbacher y Genuneit, 2017); (Joseph, Emery, Bogen y Levine, 2017). Otros autores como Shisler et al., 2015, también han destacado la importante relación que existe entre dar de mamar y el mantenimiento de la abstinencia durante más tiempo. A través de su estudio se pudo observar que entre las exfumadoras mujeres que amamantaron a sus bebés durante al menos 90 días, las tasas de abstinencia al tabaco fueron mucho más altas que las que decidieron no amantar o amantaron durante un periodo mucho más breve de tiempo. Según estos resultados, resulta imprescindible que las mujeres que han dejado de fumar durante el embarazo, reciban información sobre la importancia que tiene dar de mamar a sus hijos, ya que este hábito a la vez de ayudar a mantener la abstinencia confiere muchos beneficios tanto a las madres como a los bebés. Las madres que amamantan tienen una mayor pérdida de peso después del parto y tasas más bajas de complicaciones médicas, que incluyen diabetes mellitus tipo 2, hipertensión, hiperlipidemia, enfermedad cardiovascular, cáncer de ovario y cáncer de mama. Los bebés amamantados tienen un riesgo más bajo de obesidad, infecciones del oído, respiratorias o gastrointestinales, eccema, leucemia y síndrome de muerte súbita del lactante. Conocer todos los riesgos que supone continuar fumando y no dar de mamar, puede hacer que las mujeres valoren la importancia de mantenerse abstinentes y comenzar el amamantamiento. Esta información debería ser proporcionada por los obstetras y otros profesionales de la salud que se encuentren cualificados para ello (Joseph et al., 2017).

Otras intervenciones que han resultado ser muy eficaces, son las intervenciones psicológicas de enfoque cognitivo-conductual, basadas en la percepción del riesgo que tienen las mujeres sobre el hábito de fumar, la estabilidad en su decisión de abandonar el tabaco, su autoeficacia y la angustia emocional percibida (Lee et al., 2015).

Las intervenciones más óptimas a la hora de abordar los aspectos cognitivo-afectivos consisten en llevar a cabo ejercicios mediante los cuales las mujeres sean capaces de identificar de manera precoz estados emocionales que dificultan el cambio de comportamiento siendo de especial importancia la detección del estado de ánimo

deprimido. También, se ha demostrado que la adaptación personalizada de las intervenciones en función de las creencias y actitudes de cada paciente, así como el desarrollo de estrategias que incrementen el control ante determinadas situaciones desencadenantes, pueden ayudar a vencer el deseo de reanudar el consumo (Lee et al., 2015); (Teixeira, Lucena y Echer, 2014).

Por otro lado, una intervención en la que las mujeres se replanteen su identidad de fumadora a no fumadora, también puede resultar eficaz. En muchos casos, las mujeres tras un periodo de cesación no llegan a reconocerse como no fumadoras y cuando se les pregunta sobre su hábito de fumar, afirman que han dejado el tabaco un tiempo o que están en un periodo de descanso. Ante este problema, se plantean intervenciones a través de las cuales las mujeres tengan que definir el concepto de fumador y de no fumador, ya que así es posible que puedan darse cuenta de que su nuevo perfil encaja más con el de una persona no fumadora. La clave del éxito de esta intervención, consiste en actuar lo antes posible, para que así las mujeres puedan resolver dicha disonancia cognitiva de manera satisfactoria cuanto antes (Pollak et al., 2014).

Muy relacionadas con las intervenciones cognitivo-conductuales, existen otro tipo de intervenciones basadas en la teoría motivacional. Pollak et al., 2016, fueron autores que se decantaron por seguir esta línea de intervenciones, y lo que pretendían era clasificar a las mujeres dependiendo del riesgo de recaída para así aplicar a cada grupo una intervención específica. De esta manera, se observó que las mujeres que presentan un menor riesgo de recaída al tabaco podrían beneficiarse en mayor medida de intervenciones basadas en habilidades de crianza y de afrontamiento del estrés. Por otro lado, en mujeres con una dependencia más acusada, es mejor llevar a cabo intervenciones más exhaustivas a través de las cuales puedan desarrollar una mayor confianza en ellas mismas y en su intención de dejar de fumar. Siguiendo por esta línea, se observó que efectivamente durante el periodo postparto existen cambios de los factores motivacionales, emocionales y situacionales y es por esto que resulta imprescindible que los profesionales adapten las intervenciones a este periodo. Los primeros meses tras el parto coinciden con un mayor contacto con los profesionales de salud, ya que tienen que acudir más frecuentemente a visitas ginecológicas o pediátricas. En este periodo las mujeres van a estar más controladas por lo que iniciar

aquí las intervenciones comentadas va ser decisivo para conductas futuras (Simmons, Sutton, Quinn, Meade y Brandon, 2014). También se ha visto que llevar a cabo las intervenciones inmediatamente tras el parto, mientras las madres permanecen hospitalizadas, puede ser de gran utilidad para comportamientos posteriores (Acquavita et al., 2017).

Dentro de las intervenciones basadas en la teoría motivacional, hay que destacar que muchas mujeres se sintieron motivadas a dejar de fumar durante el embarazo únicamente para proteger a su bebé del humo del tabaco. De la misma manera, las madres decidían mantener la abstinencia tras el parto únicamente para proteger a su bebé de la exposición al humo de segunda mano. Muchas de estas mujeres además, sentían que continuar fumando las convertía en madres irresponsables que no cuidaban adecuadamente de su hijo, y con el fin de desvincularse de este perfil de madres abandonaban el tabaquismo (Fitzpatrick et al., 2016); (Orton et al., 2016). Este tipo de motivación externa, por querer preservar la salud de su hijo es útil y admirable, pero no es suficiente ya que, al ser externa, no suele perdurar en el tiempo. Cuando su hijo crezca, esa motivación desaparecerá y lo más probable es que se conduzca a una recaída. Por esta razón, Pollak et al., 2014, proponen que llevar a cabo intervenciones que ayuden a las mujeres a identificar motivadores internos y permanentes, es una forma de aumentar la probabilidad de éxito de abandonar la adicción a la nicotina. Una forma para la consecución de este objetivo sería pedir a las mujeres que indiquen un motivador distinto al bebé por el cual quieran dejar de fumar.

Tanto la intervenciones cognitivo-conductuales como las motivacionales, tienen que estar llevadas a cabo por profesionales de la salud expertos que se encarguen de identificar precozmente a las madres fumadoras y a las que presentan una mayor dependencia (Flemming et al., 2016). Autores como Simmons et al., 2014, apuntan que las mujeres con una mayor tendencia a la depresión y a la ansiedad, que se encuentran rodeadas de un entorno fumador, son más jóvenes, tienen menor educación e ingresos, no amamantan y además presentan un trastorno por uso de sustancias (Acquavita et al., 2017), suelen presentar una mayor dependencia al tabaco, por lo que preguntar sobre todos estos factores es decisivo a la otra de diseñar una intervención (Naughton et al., 2018).

A continuación, cabe destacar que, las mujeres TUS, como se ha comentado anteriormente, están consideradas como un grupo de alto riesgo de recaída al tabaco (Forray et al., 2014). Ante este problema, Acquavita et al., 2017, se preguntaron sobre que intervenciones podrían resultar más eficaces para este grupo tan resistente. Llegaron a la conclusión de que una intervención a través de la cual las propias mujeres identificasen los efectos nocivos que el tabaco puede ocasionar sobre el feto, podía llegar a hacerles cambiar de opinión. Muchas de las mujeres con TUS afirmaron que no percibían el tabaco como una droga y además minimizaban los efectos nocivos y adictivos que puede ocasionar el tabaco en comparación a otras drogas como la marihuana y la cocaína. Ante esto, también se propuso que llevar a cabo una intervención basada en la lectura de todos los efectos adversos del tabaco, podría ayudar a estas mujeres.

Se ha visto que la pareja es un elemento esencial y muy influyente sobre el hábito tabáquico de las mujeres tanto en el embarazo como en el postparto; tanto es así que el apoyo que brindan las parejas puede aumentar las tasas de abandono en un 35-40% (Meernik y Goldstein, 2015). Ante esta situación, las parejas fumadoras, también podrían necesitar intervenciones para abandonar este hábito. Por lo general, los hombres pueden ser menos propensos a recibir consejos de los profesionales de la salud y además pueden sentir una menor presión por parte de la sociedad en general para dejar de fumar (Flemming, Graham, McCaughan, Angus y Bauld, 2015). Estas intervenciones, no difieren en exceso de las que pueden llevarse a cabo con mujeres, ya que de la misma manera podrían basarse en aumentar la motivación y el conocimiento sobre los efectos negativos que puede ocasionar la exposición al humo del tabaco para su bebé (Kwon, Oliffe, Bottorff y Kelly, 2015). De la misma forma que las madres, se ha visto que ser padre primerizo y estar comprometido con ser un buen padre y compañero de apoyo hace que los hombres se preocupen más por los riesgos que conlleva el humo del tabaco para su hijo (Flemming et al., 2015).

Otro tipo de intervenciones son los incentivos financieros, que se muestran como una alternativa a todas las intervenciones comentadas anteriormente. Lopez, Skelly y Higgins, 2015, decidieron aplicar una intervención basada en incentivos financieros, a mujeres embarazadas y que habían dado a luz, que además eran fumadoras y presentaban una mayor tendencia a la depresión. Tras concluir esta

investigación, se pudo determinar que los incentivos financieros aumentaron las tasas de abstinencia al tabaco de estas mujeres con tendencia a la depresión hasta 24 semanas después del parto. En mujeres sin tendencia a la depresión, en las que se usaron los incentivos financieros se observó que este recurso se hacía especialmente importante al final del embarazo y en el postparto temprano y a medio plazo. Sin embargo, al eliminarse el incentivo, los comportamientos de abstinencia que se habían conseguido retornaron a las tasas de consumo de tabaco preconcepcionales (Su et al., 2014).

Además de los incentivos financieros, se han llevado a cabo otros estudios en los cuales se ha observado la importancia de desarrollar un material adicional con el que fomentar el abandono del tabaco. Los folletos de autoayuda y los mensajes de texto, son dos propuestas de probada eficacia (Simmons et al., 2014); (Abroms et al., 2017). Los folletos de autoayuda, resultaron ser más eficaces en mujeres más jóvenes y con menores ingresos, consiguiendo tasas de abstinencia más elevadas en el postparto (Simmons et al., 2014). Por otro lado, Abroms et al., 2017, evaluaron si un programa basado en mensajes de texto podría resultar eficaz para promover el abandono del tabaco en mujeres embarazadas. Los resultados fueron prometedores, sobre todo para mujeres que se inscribieron en el estudio en su segundo o tercer trimestre de embarazo, ya que durante este periodo, las mujeres que continúan fumando perciben una mayor presión social para dejar de fumar y esta intervención puede llegar a actuar como punto de inflexión que les haga plantearse la abstinencia. En las mujeres que tenían una edad mayor o igual a 26 años, también se observó un mayor interés en dejar de fumar. Es conveniente añadir que en este estudio no se mantuvieron los buenos resultados en el periodo postparto a largo plazo (más de 6 meses), probablemente debido a la brevedad del protocolo y el reducido número de mensajes de texto durante este periodo.

Después de describir los resultados de las principales intervenciones cognitivo-conductuales, motivacionales, incentivadas y complementadas con material de apoyo, cabe valorar la posibilidad de llevar a cabo una intervención farmacológica. Una intervención de corte farmacológico estaría especialmente indicada en mujeres que tras haber realizado todas las alternativas anteriormente comentadas, no han conseguido la abstinencia durante el embarazo o postparto (Baraona, Lovelace, Daniels y McDaniel, 2017). También resulta interesante comentar, que las mujeres, son más propensas que los hombres a desarrollar una dependencia al tabaco, ya que tienden a metabolizar la

nicotina más rápido debido a una mayor actividad del citocromo CYP2A6. Actualmente se sabe que durante el embarazo los niveles de citocromo CYP2A6 se elevan, lo que provoca un aumento de la metabolización de la nicotina y eso a su vez hace que les resulte más difícil dejar de fumar. Dentro de los fármacos que más se han usado en mujeres embarazadas, encontramos la terapia de reemplazo de la nicotina (TRN). Esta terapia también es la que más se ha investigado a la hora de ofrecerla durante el periodo postparto. La TRN no está contraindicada en el periodo de lactancia, siempre y cuando la concentración que se consigue en sangre sea menor que la que se consigue cuando la mujer fuma. La forma de presentación de esta terapia puede ser en forma de parches, espráis nasales, pastillas y chiches, sin embargo, lo más recomendable durante el amamantamiento son los parches con menor concentración de nicotina; entre 14 y 7 mg/día. Por otro lado, el bupropión y la vareniclina, son fármacos sustitutos de la nicotina, pero se ha visto que en el caso del bupropión aproximadamente un 2% se excreta a través de la leche materna. De la misma manera la vareniclina también llegaría al niño de esta forma. Por este motivo, se desaconseja el uso de estos fármacos durante este periodo. Actualmente, también existen otros recursos como son los cigarrillos electrónicos y dos nuevas terapias farmacológicas en forma de vacunas de nicotina y citisina. Se trata de dos terapias nuevas que aún carecen de datos concluyentes sobre su eficacia y seguridad (Baraona et al., 2017).

Informar sobre, los riesgos y los beneficios que supone iniciarse en alguna de estas intervenciones farmacológicas, es una tarea que recaen en manos de los profesionales de la salud debiendo estar cualificados y familiarizados con este tipo de terapias (Baraona et al., 2017); (Meernik et al., 2015). Es importante destacar, que el personal que trabaja en los servicios de obstetricia muchas veces no está del todo familiarizado con estas terapias ya que son relativamente nuevas y muchas de ellas se encuentran en fase experimental (Meernik et al., 2015). Sin embargo, estos profesionales sí que están mucho más familiarizados a la hora de recetar tratamientos hormonales. Esto puede ser una muy buena alternativa al tratamiento farmacológico, ya que como se deduce del estudio de Forray et al., 2017, los niveles hormonales durante el postparto, en concreto de la progesterona, juega un papel decisivo respecto al hábito tabáquico. Este estudio se evaluó la eficacia de administrar progesterona exógena observándose que atenuaba el craving o deseo de fumar y aumentaba las tasas de abstinencia durante el periodo postparto. Además, hay que destacar que la progesterona

exógena fue bien tolerada por las mujeres tras el parto. Esto respalda a la progesterona como una intervención farmacológica segura y aceptable para las fumadoras durante el postparto y como se ha comentado, la familiaridad de los obstetras con las terapias hormonales haría que esta intervención tuviera una buena acogida por ellos (forray et al., 2017).

En base a todo lo expuesto anteriormente, tener un nivel socioeconómico y cultural bajo, el estrés y la depresión, convivir con una pareja fumadora, la fluctuación hormonal, consumir otras drogas, ser soltera, joven o múltipara, son factores que en muchos casos impiden a las mujeres embarazadas dejar de fumar durante este periodo o, si habían conseguido la abstinencia durante el embarazo, pueden actuar como precipitantes que provoquen la recaída tras el parto.

Ante esta compleja situación, es posible llevar a cabo una serie de intervenciones que aumenten la probabilidad de conseguir la abstinencia tras el parto. Entre las intervenciones recomendadas, una de las que más reduce las tasas de recaída al tabaco tras el parto es amamantar. Otras propuestas, consisten en llevar a cabo intervenciones cognitivo-conductuales y motivacionales. La gran responsabilidad de llevarlas a cabo va a recaer en los profesionales de la salud, los cuales resultan ser un elemento clave a la hora de asesorar y concienciar a las mujeres sobre la importancia que supone abandonar el tabaco durante el embarazo y el postparto. Tampoco hay que olvidar la importancia de las intervenciones con las parejas de las mujeres fumadoras, ya que constituyen un elemento motivador y canalizador del cambio en el proceso de abandono de la adicción. Además, las intervenciones incentivadas, los folletos de autoayuda y los mensajes de texto, también han demostrado ser una alternativa bastante efectiva cuando la mujer presenta tendencia a la depresión, es joven y tiene unos ingresos bajos.

Por otro lado, la terapia farmacológica puede ser una potente alternativa al resto de intervenciones propuestas. Sin embargo, el conocimiento sobre los efectos adversos que puede desencadenar esta terapia, aún están siendo investigados. Pese a esto, la terapia de reemplazo de nicotina es la más usada hasta el momento en mujeres embarazadas. Actualmente, también se propone un tratamiento hormonal a base de progesterona ya que la disminución de esta hormona tras el parto se relaciona con un aumento de las tasas de recaída. Por último, hay que destacar que la terapia hormonal no

se ha asociado con ningún efecto adverso y resulta más cómoda y manejable para el personal de obstetricia, ya que están mucho más familiarizados a la hora de recetar terapias hormonales que otros fármacos. Por tanto, es aconsejable ampliar el conocimiento existente sobre esta terapia para que los profesionales de la salud puedan utilizarla de manera habitual complementándola con el resto de intervenciones.

A través de esta revisión se ha podido examinar diferentes investigaciones que han contribuido a aumentar el conocimiento sobre el tema tratado. Esto ha permitido determinar cuáles son los principales factores de riesgo que favorecen la recaída al hábito tabáquico en el periodo postparto. De la misma manera también se ha conseguido explorar las diferentes intervenciones que resultan de mayor utilidad a la hora de prolongar la abstinencia conseguida en el embarazo durante el periodo postparto. De hecho, la información obtenida y plasmada a través de este trabajo puede ayudar a fomentar el interés y servir como punto de partida para otros autores que deseen aumentar el conocimiento existente sobre este tema. Toda esta información puede ser de gran ayuda para mujeres embarazadas que deseen abandonar el hábito tabáquico y sobre todo para aquellas que presenten algún problema para la consecución de este objetivo.

5. CONCLUSIÓN

- Los factores de riesgo que favorecen la recaída al tabaco tras el parto son: nivel socioeconómico y cultural bajo, estrés y depresión, tener una pareja fumadora, la fluctuación hormonal, padecer TUS, ser joven, soltera y multípara.
- Las intervenciones eficaces para evitar la recaída al tabaco tras el parto son: amamantar, intervenciones psicológicas de enfoque cognitivo-conductual, intervenciones motivacionales guiadas por profesionales de la salud expertos, aumentar los conocimientos sobre los efectos nocivos del tabaco, ofrecer a las parejas intervenciones para convertirse en un elemento motivador favorecedor del cambio, intervenciones incentivadas, folletos de autoayuda y SMS, fármacos y tratamiento hormonal a base de progesterona.

6. BIBLIOGRAFÍA

- Abrams, L. C., Johnson, P. R., Leavitt, L. E., Cleary, S. D., Bushar, J., Brandon, T. H., & Chiang, S. C. (2017). A randomized trial of text messaging for smoking cessation in pregnant women. *American journal of preventive medicine*, 53(6), 781-790. Doi: 10.1016/j.amepre.2017.08.002.
- Acquavita, S. P., Talks, A., & Fiser, K. (2017). Facilitators and barriers to cigarette smoking while pregnant for women with substance use disorders. *Nicotine & Tobacco Research*, 19(5), 555-561. Doi: 10.1093/ntr/ntw268.
- Allen, S. S., Allen, A. M., Lunos, S., & Tosun, N. (2016). Progesterone and postpartum smoking relapse: A pilot double-blind placebo-controlled randomized trial. *Nicotine & tobacco research*, 18(11), 2145-2153. Doi: 10.1093/ntr/ntw156.
- Baraona, L. K., Lovelace, D., Daniels, J. L., & McDaniel, L. (2017). Tobacco harms, nicotine pharmacology, and pharmacologic tobacco cessation interventions for women. *Journal of midwifery & women's health*, 62(3), 253-269. Doi: 10.1111/jmwh.12616.
- Brandon, T. H., Simmons, V. N., Meade, C. D., Quinn, G. P., Lopez Khoury, E. N., Sutton, S. K., & Lee, J. H. (2012). Self-help booklets for preventing postpartum smoking relapse: a randomized trial. *American journal of public health*, 102(11), 2109-2115. Doi: 10.2105/AJPH.2012.300653.
- Camacho, A., Gaviria, A., & Rodríguez, C. (2010). *El consumo de droga en Colombia*. Universidad de los Andes. Recuperado de:
[http://www.mamacoca.org/docs_de_base/Consumo/El consumo de droga en colombia.pdf](http://www.mamacoca.org/docs_de_base/Consumo/El_consumo_de_droga_en_colombia.pdf)
- Cooper, S., Orton, S., Leonardi-Bee, J., Brotherton, E., Vanderbloemen, L., Bowker, K., Naughton, F., Ussher, M., Pickett, K. E., Sutton, S., & Coleman, T. (2017). Smoking and quit attempts during pregnancy and postpartum: a longitudinal UK cohort. *BMJ open*, 7(11). Doi: 10.1136/bmjopen-2017-018746.
- Correa, J. B., Simmons, V. N., Sutton, S. K., Meltzer, L. R., & Brandon, T. H. (2015). A content analysis of attributions for resuming smoking or maintaining abstinence in the post-partum period. *Maternal and child health journal*, 19(3), 664-674. Doi: 10.1007/s10995-014-1556-2.

- DiSantis, K. I., Collins, B. N., & McCoy, A. C. (2010). Associations among breastfeeding, smoking relapse, and prenatal factors in a brief postpartum smoking intervention. *Acta obstetrician et gynecologica Scandinavica*, 89(4), 582-586. Doi: 10.3109/00016341003678435.
- East, K., Brose, L. S., McNeill, A., Cheeseman, H., Arnott, D., & Hitchman, S. C. (2018). Harm perceptions of electronic cigarettes and nicotine: A nationally representative cross-sectional survey of young people in Great Britain. *Drug and alcohol dependence*, 19, 257-263. Doi: 10.1016/j.drugalcdep.2018.08.016.
- Fang, W. L., Goldstein, A. O., Butzen, A. Y., Hartsock, S. A., Hartmann, K. E., Helton, M., & Lohr, J. A. (2004). Smoking cessation in pregnancy: a review of postpartum relapse prevention strategies. *The Journal of the American Board of Family Practice*, 17(4), 264-275. Doi: <https://doi.org/10.3122/jabfm.17.4.264>.
- Fitzpatrick, K. E., Gray, R., & Quigley, M. A. (2016). Women's longitudinal patterns of smoking during the pre-conception, pregnancy and postnatal period: evidence from the UK infant feeding survey. *PloSone*, 11(4). Doi: 10.1371/journal.pone.0153447.
- Flemming, K., Graham, H., McCaughan, D., Angus, K., & Bauld, L. (2015). The barriers and facilitators to smoking cessation experienced by women's partners during pregnancy and the post-partum period: a systematic review of qualitative research. *BMC Public Health*, 15(1), 849. Doi: 10.1186/s12889-015-2163-x.
- Flemming, K., Graham, H., McCaughan, D., Angus, K., Sinclair, L., & Bauld, L. (2016). Health professionals' perceptions of the barriers and facilitators to providing smoking cessation advice to women in pregnancy and during the post-partum period: a systematic review of qualitative research. *BMC Public Health*, 16 (1), 290. Doi: 10.1186/s12889-016-2961-9.
- Forray, A., Gilstad-Hayden, K., Suppies, C., Bogen, D., Sofuoglu, M., & Yonkers, K. A. (2017). Progesterone for smoking relapse prevention following delivery: A pilot, randomized, double-blind study. *Psychoneuroendocrinology*, 86, 96-103. Doi: 10.1016/j.psyneuen.2017.09.012.
- Forray, A., Gotman, N., Kershaw, T., & Yonkers, K. A. (2014). Perinatal smoking and depression in women with concurrent substance use. *Addictive behaviors*, 39(4), 749-756. Doi: 10.1016/j.addbeh.2013.12.008.

- Hatsukami, D. K., Stead, L. F., & Gupta, P. C. (2008). Tobacco addiction. *Lancet (London, England)*, 371(9629), 2027-2038. Doi: 10.1016/S0140-6736(08)60871-5.
- Ioakeimidis, N., Vlachopoulos, C., Katsi, V., & Tousoulis, D. (2018). Smoking cessation strategies in pregnancy: current concepts and controversies. *Hellenic Journal of Cardiology*. Doi: 10.1016/j.hjc.2018.09.001.
- Joseph, H. M., Emery, R. L., Bogen, D. L., & Levine, M. D. (2017). The influence of smoking on breast feeding among women who quit smoking during pregnancy. *Nicotine & tobacco research*, 19(5), 652-655. Doi: 10.1093/ntr/ntw254.
- Kwon, J. Y., Oliffe, J. L., Bottorff, J. L., & Kelly, M. T. (2015). Masculinity and fatherhood: new fathers' perceptions of their female partners' efforts to assist them to reduce or quit smoking. *American journal of men's health*, 9(4), 332-339. Doi: 10.1177/1557988314545627.
- Lee, M., Miller, S. M., Wen, K. Y., Hui, S. K., Roussi, P., & Hernandez, E. (2015). Cognitive-behavioral intervention to promote smoking cessation for pregnant and postpartum inner city women. *Journal of behavioral medicine*, 38(6), 932-943. Doi: 10.1007/s10865-015-9669-7.
- Logan, C. A., Rothenbacher, D., & Genuneit, J. (2017). Postpartum smoking relapse and breast feeding: defining the window of opportunity for intervention. *Nicotine & tobacco research*, 19(3), 367-372. Doi: <https://doi.org/10.1093/ntr/ntw224>.
- Lopez, A. A., Skelly, J. M., & Higgins, S. T. (2015). Financial incentives for smoking cessation among depression-prone pregnant and newly postpartum women: effects on smoking abstinence and depression ratings. *Nicotine & tobacco research*, 17(4), 455-462. Doi: 10.1093/ntr/ntu193.
- Massey, S. H., Bublitz, M. H., Magee, S. R., Salisbury, A., Niaura, R. S., Wakschlag, L. S., & Stroud, L. R. (2015). Maternal-fetal attachment differentiates patterns of prenatal smoking and exposure. *Addictive behaviors*, 45, 51-56. Doi: 10.1016/j.addbeh.2015.01.028.
- Meernik, C., & Goldstein, A. O. (2015). A critical review of smoking, cessation, relapse and emerging research in pregnancy and post-partum. *British Medical Bulletin*, 114(1), 135-146. Doi: <https://doi.org/10.1093/bmb/ldv016>.

- Mendoza, C., & Saldivia, S. (2015). Actualización en depresión postparto: el desafío permanente de optimizar su detección y abordaje. *Revista médica de Chile*, 143(7), 887-894. Doi: 10.406/s0034-98872015000700010.
- Mumford, E. A., & Liu, W. (2015). Growth models of maternal smoking behavior: individual and contextual factors. *Substance use & misuse*, 50(10), 1261-1273. Doi: 10.3109/10826084.2014.998234.
- Naughton, F., Hopewell, S., Sinclair, L., McCaughan, D., McKell, J., & Bauld, L. (2018). Barriers and facilitators to smoking cessation in pregnancy and in the post-partum period: the health care professionals' perspective. *British journal of health psychology*, 23(3), 741-757. Doi: 10.1111/bjhp.12314.
- Orton, S., Coleman, T., Lewis, S., Cooper, S., & Jones, L. L. (2016). "I was a full time proper smoker": a qualitative exploration of smoking in the home after childbirth among women who relapse postpartum. *PloSone*, 11(6). Doi: 10.137/journal.pone.0157525.
- Pollak, K. I., Fish, L. J., Lyna, P., Peterson, B. L., Myers, E. R., Gao, X., Swamy, G. K., Brown-Johnson, A., Whitecar, P., Bilheimer, A. K., & Pletsch, P. K. (2016). Efficacy of a nurse-delivered intervention to prevent and delay postpartum return to smoking: the quit for two trial. *Nicotine & tobacco research*, 18(10), 1960-1966. Doi: 10.1093/ntr/ntw108.
- Pollak, K. I., Fish, L. J., Lyna, P., Peterson, B. L., Swamy, G. K., & Levine, M. D. (2014). Predictors of pregnant quitters' intention to return to smoking postpartum. *Nicotine & tobacco research*, 17(6), 742-745. Doi: 10.1093/ntr/ntu270.
- Rockhill, K. M., Tong, V. T., England, L. J., & D'angelo, D. V. (2016). Nondaily smokers' characteristics and likelihood of prenatal cessation and postpartum relapse. *Nicotine & tobacco research*, 19(7), 810-816. Doi: 10.1093/ntr/ntw237.
- Shisler, S., Homish, G. G., Molnar, D. S., Schuetze, P., Colder, C. R., & Eiden, R. D. (2015). Predictors of changes in smoking from third trimester to 9 months postpartum. *Nicotine & tobacco research*, 18(1), 84-87. Doi: 10.1093/ntr/ntv057.

- Simmons, V. N., Sutton, S. K., Quinn, G. P., Meade, C. D., & Brandon, T. H. (2014). Prepartum and postpartum predictors of smoking. *Nicotine & tobacco research, 16*(4), 461-468. Doi: 10.1093/ntr/ntt177.
- Su, A., & Buttenheim, A. M. (2014). Maintenance of smoking cessation in the postpartum period: which interventions work best in the long-term? *Maternal and child health journal, 18*(3), 714-728. Doi: 10.1007/s10995-013-1298-6.
- Teixeira, C., Lucena, A., & Echer, I. C. (2014). Activities of the healthcare team for women who smoke during pregnancy and the puerperium. *Revista latino-americana de enfermagem, 22*(4), 621-628. Doi: 10.1590/0104-1169.3361.2460.
- Terrén, C. A., Esteve, L. G., Navarro, P., Aguado, J., Ojuel, J., & Tarragona, M. J. (2003). Prevalencia de la depresión posparto en las madres españolas: comparación de la estimación mediante la entrevista clínica estructurada y la escala de depresión posparto de Edimburgo. *Medicina Clínica, 120*(9), 326-329. Doi: 10.1016/S0025-7753(03)73692-6.
- Von Kohorn, I., Nguyen, S. N., Schulman-Green, D., & Colson, E. R. (2012). A qualitative study of postpartum mothers' intention to smoke. *Birth (Berkeley, Calif.), 39*(1), 65-69. Doi: 10.1111/j.1523-536X.2011.00514.x.

7. ANEXOS

7.1. ANEXO 1

Tabla 3

Información adicional sobre los 25 artículos seleccionados para el desarrollo de la discusión

Autores	Año	Título	Revista	Factor de impacto
Abroms et al.	2017	A Randomized Trial of Text Messaging for Smoking Cessation in Pregnant Women.	<i>American journal of preventive medicine</i>	4.127
Acquavita et al.	2017	Facilitators and barriers to cigarette smoking while pregnant for women with substance use disorders.	<i>Nicotine & Tobacco Research</i>	4.293
Baraona et al.	2017	Tobacco harms, nicotine pharmacology, and pharmacologic tobacco cessation interventions for women.	<i>Journal of midwifery & women's health</i>	1.329
Cooper et al.	2017	Smoking and quit attempts during pregnancy and postpartum: a longitudinal UK cohort.	<i>BMJ open</i>	2.413
Fitzpatrick et al.	2016	Women's Longitudinal Patterns of Smoking during the Pre-Conception, Pregnancy and Postnatal Period: Evidence from the UK Infant Feeding Survey	<i>PloSone</i>	3.54
Flemming et al.	2015	The barriers and facilitators to smoking cessation experienced by women's partners during pregnancy and the post-partum period: a systematic review of qualitative research.	<i>BMC Public Health</i>	2.420
Flemming et al.	2016	Health professionals' perceptions of the barriers and facilitators to providing smoking cessation advice to women in pregnancy and during the post-partum period: a systematic review of qualitative research.	<i>BMC Public Health</i>	2.420
forray et al.	2017	Progesterone for smoking relapse prevention following delivery: A pilot, randomized, double-blind study.	<i>Psychoneuroendocrinology</i>	4.731
Forray et al.	2014	Perinatal smoking and depression in women with concurrent substance use.	<i>Addictive behaviors</i>	2.686
Joseph et al.	2017	The Influence of Smoking on Breast feeding Among Women Who Quit Smoking During Pregnancy.	<i>Nicotine & tobacco research</i>	4.293
Kwon et al.	2015	Masculinity and Fatherhood: New Fathers' Perceptions of Their Female Partners' Efforts to Assist Them to Reduce or Quit Smoking.	<i>American journal of men's health</i>	2.306
Lee et al.	2015	Cognitive-behavioral intervention to promote smoking cessation for pregnant and postpartum inner city women.	<i>Journal of behavioral medicine</i>	2.880
Logan et al.	2017	Postpartum smoking relapse and breast feeding: defining the window of opportunity for intervention.	<i>Nicotine & Tobacco Research</i>	4.293
Lopez et al.	2015	Financial incentives for smoking cessation among depression-prone pregnant and newly postpartum women: effects on smoking abstinence and depression ratings.	<i>Nicotine & Tobacco Research</i>	4.293
Meernik et al.	2015	A critical review of smoking, cessation, relapse and emerging research in pregnancy and post-partum.	<i>British Medical Bulletin</i>	3.356
Mumford et al.	2015	Growth Models of Maternal Smoking Behavior: Individual and Contextual Factors.	<i>Substance use & misuse</i>	1.132
Naughton et al.	2018	Barriers and facilitators to smoking cessation in pregnancy and in the post-partum period: The health care professionals' perspective.	<i>British journal of health psychology</i>	2.706
Orton et al.	2016	"I Was a Full Time Proper Smoker": A Qualitative Exploration of Smoking in the Home after Childbirth among Women Who Relapse Postpartum.	<i>PloSone</i>	3.54
Pollak et al.	2016	Efficacy of a Nurse-Delivered Intervention to Prevent and Delay	<i>Nicotine & tobacco</i>	4.293

Postpartum Return to Smoking: The Quit for Two Trial.			research	
Pollak et al.	2014	Predictors of pregnant quitters' intention to return to smoking postpartum.	<i>Nicotine & tobacco research</i>	4.293
Rockhill et al.	2016	Nondaily Smokers' Characteristics and Likelihood of Prenatal Cessation and Postpartum Relapse.	<i>Nicotine & tobacco research</i>	4.293
Shisler et al.	2015	Predictors of Changes in Smoking From Third Trimester to 9 Months Postpartum.	<i>Nicotine & tobacco research</i>	4.293
Simmons et al.	2014	Prepartum and postpartum predictors of smoking.	<i>Nicotine & tobacco research</i>	4.293
Su et al.	2014	Maintenance of smoking cessation in the postpartum period: which interventions work best in the long-term?	<i>Maternal and child health journal</i>	1.821
Teixeira et al.	2014	Activities of the healthcare team for women who smoke during pregnancy and the puerperium.	<i>Revista latino-americana de enfermagem</i>	0.34